

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

# Cuidar em Humanitude: estudo aplicado em cuidados continuados

Caring in Humanitude: study applied to a continuum of care

El cuidado en Humanitude: estudio aplicado a un proceso continuo de atención

Mário Simões\*

Nídia Salgueiro\*\*

Manuel Rodrigues\*\*\*

## Resumo

O primeiro estudo científico, sobre o método de cuidados de *Humanitude* de Gineste e Marescotti (MGM), foi desenvolvido em Portugal por Simões, Rodrigues e Salgueiro (2011b). Em continuidade, este estudo de investigação ação envolve uma equipa de cuidadores e uma população de idosos dependentes internados, de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com o objetivo de desenvolver as competências dos cuidadores na aplicação do MGM, em contexto, e avaliar as respostas físicas, cognitivas e emocionais dos doentes cuidados de acordo com esse método. Os instrumentos de medida incluem as duas escalas de perceção do valor e aplicabilidade do MGM, utilizadas no estudo anterior, e uma grelha de observação direta sistematizada, validada para este estudo. Os resultados de diagnóstico inicial são coincidentes com o estudo anterior, indicando uma perceção elevada de valor e aplicação na prática clínica da sequência de procedimentos, no entanto os dados observacionais revelaram grandes desvios entre perceção e realização efetiva. Neste artigo descreve-se, com algum pormenor, o percurso das primeiras etapas deste projeto, cujos resultados orientam para as etapas seguintes, seguindo a metodologia de investigação ação associada (IAA).

**Palavras-chave:** *humanitude*; cuidados continuados; investigação

## Abstract

The first scientific study of the Gineste and Marescotti (MGM) *Humanitude* method of care was developed in Portugal by Simões, Rodrigues and Salgueiro (2011b). As a follow-up, this action research study involves a team of caregivers and a dependent elderly population hospitalized in a Continuing Care Unit (UCCI), with the aim of developing the skills of caregivers with regard to the application of GMM and assessing the evolution of physical, cognitive and emotional responses of care recipients, according to this method. The measurement instruments include two scales on perception of the value and applicability of MGM, already validated in the previous study, and a grid for systematic direct observation, validated in this study. The results of the initial diagnosis match those of the previous study, indicating a strong perception of the value and clinical application of the sequence of procedures, yet observational data revealed several discrepancies between intention and actual implementation. In this study, we describe, at some length, the course of the first stages of this project. The results of these first cycle actions guide the subsequent one, while following the methodology of Investigation Action Associated (IAA).

**Keywords:** *humanitude*; long-term care; research

\* Enfermeiro Chefe, CHUC [simoes3m@gmail.com]

\*\* Enfermeira Professora Jubilada

\*\*\* Professor Coordenador Principal, ESEnfC [demar7@gmail.com]

Artigo realizado no contexto do projeto de doutoramento em enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

## Resumen

El primer estudio científico sobre el método de atención *Humanitude* de Gineste y Marescotti (MGM), se desarrolló en Portugal por Simões Rodrigues y Salgueiro, (2011b). De forma continua, este estudio de investigación-acción, implica a un equipo de médicos y a una población de adultos mayores dependientes hospitalizados en una Unidad de Atención Continuada (UCCI), con el objetivo de desarrollar las habilidades de los cuidadores en la aplicación del MGM, en contexto, y evaluar las respuestas físicas, cognitivas y emocionales de los usuarios según este método. Los instrumentos de medición incluyen dos escalas de percepción del valor y de la aplicabilidad de la MGM, utilizadas en un estudio anterior, y un cuadro de observación directa sistematizada, validada para este estudio. Los resultados del diagnóstico inicial son coincidentes con el estudio anterior, lo cual indica una alta percepción de valor y aplicación en la práctica clínica de la secuencia de los procedimientos, pese que, los datos de observación revelen discrepancias entre la percepción y la realización efectiva. En este artículo se describe, con cierto detalle, el recorrido de las primeras fases de este proyecto, cuyos resultados dan orientaciones hacia las siguientes etapas, que seguirá la metodología de la Investigación Acción Asociada (IAA).

**Palabras clave:** *humanitude*; cuidados a largo plazo; investigación

Recebido para publicação em: 24.07.11

Aceite para publicação em: 28.02.12

## Introdução

O desenvolvimento contínuo que o Homem tem imprimido à sua espécie, originou um enorme progresso no campo da saúde, o aumento da esperança de vida e o consequente envelhecimento demográfico, de grande expressão nos países desenvolvidos (Sequeira, 2007), que diminuiu a base da pirâmide de idades e engrossou o seu cume (Imagínario, 2004). Esta mudança levantou um novo problema, o da velhice, normalmente associada à perda nas capacidades físicas e cognitivo-mnésicas, à vivência de luto e de pensamentos de finitude, às diversas patologias e respetivas complicações, à prevalência de doenças crónicas, em particular as demências e à maior dependência nas atividades de vida diária com o respetivo impacto, quer ao nível da saúde quer ao nível económico e social (Costa, 2006; Sequeira, 2007). Também em Portugal as consequências do envelhecimento a nível social e da saúde são uma realidade crescente contando com uma resposta interdisciplinar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Em França, a partir de uma revolução de bom senso e de mais de 30 anos de trabalho de campo (Sicard, 2009), com observações, questionamentos, reflexões, experimentações permanentes e vários estudos de investigação foi desenvolvido um método de cuidados por Yves Gineste e Rosette Marescotti (MGM), tendo por base a filosofia da *humanitude*, também por eles concebida. O MGM tem dado provas de ser uma boa resposta a esta epidemia, através de cuidados onde o valor dignificante do gesto está simultaneamente conjugado à técnica e ao calor humano (Phaneuf, 2007). Pois, conservar os padrões de *humanitude* em pessoas dependentes e vulneráveis é inerente à natureza dos cuidados de enfermagem (Rappo, 2007) e é essencial à construção do humano (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011a). O MGM tem revelado ganhos indelmentáveis na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade. Demonstrou também uma diminuição acentuada dos episódios de Comportamentos Agressivos Perturbadores (CAP) que os autores denominam de Comportamentos de Agitação Patológica (CAP), e quando ocorrem são menos intensos e menos duradouros, bem como uma menor oposição aos cuidados. Estes ganhos em bem-estar e acalmia, proporcionam um ambiente de

serenidade na realização dos cuidados, que aliada a uma série de técnicas de manutenção, muito suaves, se reflete positivamente na saúde dos cuidadores, na satisfação profissional e no sentimento de realização profissional. Em consequência, verifica-se uma baixa significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões músculo-esqueléticas, nas instituições onde está implantado o MGM.

O impacto social do MGM foi de tal modo importante que rapidamente se expandiu em França e a nível internacional, através de uma rede de Institutos Gineste-Marescotti (IGM). As intervenções formativas, em contexto de cuidados reais, obedecem a uma estrutura muito próxima da investigação ação, abrangendo todos os intervenientes, diretos ou indiretos, nos cuidados, a começar pelos dirigentes: diretor do estabelecimento, diretor clínico, enfermeiro diretor, enfermeiro chefe e outros. É implantado no terreno um grupo de acompanhamento. Outro de referentes, que são recrutados pelo seu perfil para esta função, de entre os que fizeram a formação *humanitude*. Recebem formação especial, formação de referentes, muito focada nas técnicas suaves de manutenção, a fim de no terreno as implantarem e corrigirem técnicas inadequadas. O MGM está protegido em França e no estrangeiro com marca registada ®, assim como os direitos de autor referentes aos conceitos de «*Toucher-tendresse®*; *Philosophie de l'humanitude®*; *Capture sensorielle®*; *Manutention relationnelle®*; *Mourir debout®*». Do conhecimento destes trabalhos, através dos seus *sites*, decorreu o estudo realizado na Região Centro, com o objetivo de determinar a importância que os enfermeiros atribuíam aos procedimentos cuidadosos inerentes ao MGM e a perceção que tinham de os aplicar na sua prática quotidiana (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011b). Perante a necessidade de validar estes procedimentos decorreu o primeiro contacto do investigador com os autores, aos quais foi enviada uma versão das duas escalas (importância e perceção), numa sequência estruturada de procedimentos cuidadosos *humanitude* (SEPCH), que tiveram a amabilidade de analisar e devolver, com os ajustes que acharam pertinentes. Da relação estabelecida a partir destes contactos decorreu a vinda de Gineste a Portugal para conferências de divulgação. Ainda a realização de um estágio do investigador e um dos orientadores, em França, a convite dos autores do MGM. Do exposto, resultou a firme determinação de

introduzir o MGM no nosso país, na área de cuidados a idosos em situação de grande fragilidade, dispondo-se dos instrumentos de colheita de dados e dos dispositivos pedagógicos necessários à realização do projeto. Após vários contactos falhados, encontrámos uma unidade de cuidados continuados integrados, sita na cidade de Coimbra, com condições favoráveis para desenvolver este projeto, que nela foi realizado numa abordagem de Investigação Ação (IA). A abordagem de IA, sendo adequado a estudos deste tipo, não é muito utilizada, possivelmente pelas condicionantes do terreno e pelo horizonte temporal que exige. Justifica-se deixar informação que permita compreender esta abordagem, o modelo escolhido e o percurso metodológico efetuado. Neste artigo apresenta-se esse percurso, desde a ideia inicial até ao diagnóstico da situação, isto é, as primeiras três etapas do processo, descrevendo-as com algum pormenor, nos seus objetivos, atividades e resultados. No final, estes resultados são interpretados/discutidos, terminando com as conclusões, implicações e as referências bibliográficas. As etapas seguintes serão objeto de um outro artigo. Estas dizem respeito ao planeamento da intervenção formativa (formação pela ação), realização da mesma e o acompanhamento, resultados e avaliação.

## Metodologia

Optou-se por uma abordagem de IA. A expressão *action research* deve-se a Kurt Lewin em 1948. Dizia que se queremos compreender um sistema devemos procurar mudá-lo. A história da IA revela a sua função de mudança e transformação institucional e social, utilizando uma estratégia de intervenção. Dolbec (2003) e muitos outros autores, retomando o triângulo de Lewin, consideram a IA como um processo que emerge da tripla finalidade investigação/formação/ação, de que resulta produção de conhecimento, aprendizagem de todos os intervenientes e mudança. Pode considerar-se semelhante à noção atual de Investigação e Desenvolvimento (I&D). O modelo em espiral, o caráter autoavaliativo e reflexivo, a dimensão prática e intervencionista e a implicação transformativa dos participantes são algumas das características comuns a qualquer tipo de investigação na/pela ação. Sendo intervencionista, um dos aspetos que a diferencia da investigação experimental é ser

flexível, isto é, ajustar-se e progredir (Dolbec, 2003), evoluindo num contexto dinâmico. De realçar o seu caráter de irreversibilidade, pois à medida que a IA avança os intervenientes adquirem conhecimentos que lhes permitem alargar os seus pontos de vista e modificar as suas práticas. Portanto, as condições de realização não são constantes. Adverte-se que os resultados de uma IA estão, de algum modo, imbuídos da perceção subjetiva dos intervenientes. Do exposto, deduz-se que é prudente considerar os resultados não generalizáveis, mas transferíveis. Um projeto de IA, pode resultar de um desejo de mudança ou inovação de uma instituição ou de um grupo de atores, IA interna, ou de um grupo de investigadores que movido por um determinado interesse o propõe a uma instituição ou grupo de atores, IA associada (Liu, 1991), exigindo contratos negociados. Daí, o carisma de um processo democrático. Neste caso, utilizou-se IA, de tipo associada (IAA), congregando o interesse de um investigador externo à instituição e a vontade de mudança dos cuidadores de uma UCCI, com a aceitação dos dirigentes, aos vários níveis. No entanto, dado os interesses em presença e o contexto da sua realização, não se anteviu a possibilidade de uma IA integral, em que todos os parceiros: investigador e seus orientadores, dirigentes da instituição e atores participassem ativamente em todas as etapas do projeto, conforme a grelha de Morin e Landry (in Lavoie, Marquis e Laurin, 1996, p. 83). Havia, sim, o compromisso de diálogo permanente, de reflexão conjunta sobre os resultados da informação colhida por questionário e observação direta para o diagnóstico signficante, e o contributo de todos os intervenientes na tomada de decisão sobre os objetivos a atingir, as ações a desenvolver, os contributos esperados aos vários níveis e a reflexão sobre os resultados obtidos. Enquadrar-se-ia na modalidade proposta por Liu (1991) de «Formação pela ação».

Adotou-se o modelo de Lavoie, Marquis e Laurin (1996), pela lógica de aplicação concreta e etapas sequenciais, embora imbricadas umas nas outras e interdependentes (figura 1). Além disso, o que se pretendia enquadrava-se nas seis propriedades críticas referidas pelos autores: “ter por origem necessidades sociais reais; ser realizada em meio natural de vida; ter a contribuição dos participantes aos vários níveis; ser flexível; comunicação sistemática entre as pessoas implicadas; autoavaliar-se” (p. 36).

Este modelo apresenta seis etapas: etapa prévia; etapa 1- reflexão inicial; etapa 2 – precisão do problema e do seu contexto; etapa 3 – planificação da ação; etapa

4 – ação e observação; etapa 5 – avaliação e tomada de decisão. Cada uma destas etapas é organizada de acordo com a seguinte estrutura:

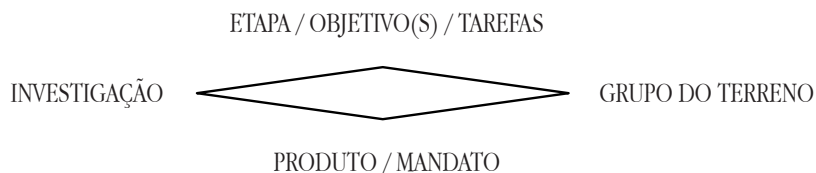


FIGURA 1 – Estrutura das etapas de investigação ação (Lavoie, Marquis e Laurin, 1996, p. 193)

Os objetivos a definir por investigadores e atores, ou pelo menos assumidos por todos, as tarefas, dizem respeito ao conjunto das diversas atividades ligadas à investigação e à ação, a realizar pelo investigador e atores, o produto é o resultado do que foi realizado em cada etapa, correspondendo à concretização dos objetivos, e o mandato o que deve ser realizado até ao fecho da etapa seguinte.

Apresentamos, a seguir, a descrição do percurso metodológico efetuado, nas três primeiras etapas, com algum pormenor, visto que o âmbito de um artigo não permite uma descrição exaustiva.

### Etapa prévia – ponto de partida

O percurso efetuado até à firme decisão de introduzirmos o MGM, assente na filosofia da *humanitude*, foi um longo caminhar de aquisições e amadurecimento. Partimos com ideias pouco definidas e conhecimentos pouco consistentes. A revisão sistemática da literatura (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2008) revelou escassez de estudos científicos. A nível nacional não existiam. É certo que os autores do MGM ao longo de 30 anos de observações, para dar resposta às suas interrogações, realizaram diversos estudos que lhes permitiram transformar o conceito de *humanitude* de Albert Jacquard (1986) numa filosofia de cuidados e criarem o MGM, baseando as técnicas inerentes ao seu método em princípios decorrentes da Gerontologia e da moderna Geriatria, das Neurociências, da Psicomotricidade humana e outros, decorrentes da investigação científica. Esta informação, contida em vários documentos e disponível nos seus *sites*, assim como no livro de Gineste e Pelissier (2008), traduzido em português, permitiu-nos realizar o estudo (maio a outubro/2009), posteriormente publicado (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011b), em que dos resultados

se pode concluir que os enfermeiros da Região Centro do país atribuem grande importância aos procedimentos cuidadosos inerentes ao método e têm a perceção de os realizarem na sua prática quotidiana. Estes resultados não nos surpreenderam, eram até esperados. Eles demonstram que os procedimentos vão ao encontro dos valores profissionais que os enfermeiros perfilham, que estão inscritos numa lógica prática que lhes faz sentido. Longe de ficarmos tranquilos, estes resultados foram motivo de análise mais fina, detetando nos procedimentos menos contemplados marcas de tradições e de formatações, levando o investigador a estar atento ao que se passava no seu próprio contexto de trabalho, a tomar as suas notas de campo que lhe mostravam uma realidade bem diferente. A ideia de introduzir o MGM na prática e de fazê-lo numa abordagem de IA ganhou consistência. A revisão da literatura inerente à IA levou à escolha do modelo acima apresentado, evidentemente adaptado a esta situação concreta. E como já mencionado seria uma IAA, não integral, enquadrada na categoria de «Formação pela ação», isto é a formação, relativa ao MGM, decorreria em contexto real de cuidados de *toilette*, tendo como alvo doentes idosos em situação de grande vulnerabilidade, com perdas cognitivo-mnésicas na UCCI anteriormente identificada.

A nosso convite, Gineste realizou um *workshop* em Coimbra (17/04/2009), a fim de divulgar o método e criar apetência para as mudanças de cultura institucional e de práticas que este implica. Na sua estada, Gineste convidou-nos para fazermos formação em França.

### Etapa 1 – reflexão inicial

O *workshop* de Yves Gineste em Coimbra e as reuniões que com ele tivemos dissiparam-nos muitas dúvidas, fortaleceram a vontade de introduzir o método

na UCCI, mas também nos permitiu tomar consciência do caminho que nos faltava percorrer para o pôr em prática. O investigador e um dos orientadores fizeram formação teórica com os autores, e uma semana de estágio com uma das suas formadoras. Consideramos estas duas experiências formativas fulcrais tanto numa maior compreensão do método como na firme decisão de o pôr em prática, ficando cientes que deveríamos incluir, pelo menos, dois grupos no projeto.

### **Objetivos gerais para esta etapa**

Perceber a situação de partida; criar as condições burocráticas, de abertura, tomada de consciência e vontade de mudança, a fim de que os intervenientes se envolvam seriamente no projeto e preparar a etapa seguinte. Elegemos como bússolas orientadoras as questões: Que condições orgânico-funcionais, de cultura institucional, recursos humanos e outras nos oferece esta UCCI para a realização do projeto?; É pertinente introduzir o MGM, face às pessoas alvo dos cuidados?; Será que os enfermeiros se reveem na SEPCH, como os enfermeiros da Região Centro?; O que nos fazem perceber as notas de campo em relação aos procedimentos práticos face ao MGM? Estas questões permitiram levantar objetivos específicos e determinar as atividades a realizar.

Encetámos uma série de contactos pessoais e formais com os dirigentes, Administrador, Diretor Clínico, Enf. Coordenador e outros a quem expusemos o nosso projeto, encontrando abertura e receptividade. Desde o primeiro momento o Enf. Coordenador constitui-se parceiro privilegiado, assumindo o papel de interlocutor entre as partes envolvidas e animador/mobilizador dos atores. Em ambiente de partilha, transmitimos-lhe os nossos saberes sobre o MGM e as suas potencialidades e recebemos as informações de que carecíamos. Discutimos o projeto de IAA. Para o diagnóstico da situação tínhamos previsto colher dados por questionário e observação direta, os resultados seriam postos à consideração dos dirigentes e objeto de reflexão com os atores, a fim de formularmos objetivos e estratégias em conjunto. Seguir-se-ia a intervenção formativa, de quatro dias de formação pela ação, em contexto de cuidados real e um período de acompanhamento do grupo que terminaria com a avaliação e o relançamento da IAA num novo ciclo, caso os objetivos fossem só parcialmente atingidos ou para objetivos mais amplos, se assim fosse entendido.

Esta UCCI tinha uma equipa multidisciplinar, constituída por profissionais, de várias áreas. A sua lotação é de 100 camas, distribuídas pelas quatro valências de internamento (curta, média e longa duração e Hospital). Dispõe de um serviço de Fisioterapia, bem equipado, com piscina para hidroginástica, cujos serviços se destinam às pessoas internadas e em regime externo. Constatámos que possuía 2 verticalizadores. O Hospital é uma residência protegida para idosos que necessitam de cuidados de saúde devido a diversas patologias e a estados demenciais, alguns em estado avançado de Alzheimer. As pessoas internadas no Hospital preenchem os requisitos da pessoa alvo de cuidados do estudo. A equipa de enfermagem era constituída por 16 enfermeiros em horário normal e oito em horários parciais. A de Assistentes Operacionais (AO) por 18 em horário normal e 15 em horários parciais. Com o Enf. Coordenador, decidimos começar por aplicar o questionário do estudo anterior aos oito enfermeiros (02/12/2009), com vínculo à unidade (incluídos no quadro de pessoal) e comparar os resultados com os obtidos a nível da Região Centro (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011b).

### **Resultados e sua interpretação**

Os resultados foram coincidentes, embora ligeiramente mais baixos. Apurou-se, em relação à importância que estes enfermeiros atribuem aos procedimentos, um *score* global de 77%, com 78% na categoria aproximação sintonia e 76% na categoria consolidação pró-ação. À exceção do item Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho), com 33%, todos os outros obtiveram *scores* acima de 62%. Em relação à perceção de os realizarem na sua prática quotidiana apurou-se um *score* global de 69%, com um *score* de 70% na aproximação/sintonia e 67% na consolidação/pró-ação. Os itens estão iguais ou acima dos 50% exceto: Descreve pormenorizadamente os gestos que executam (46%); Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado (42%) e Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho) (33%). Graficamente os picos e as depressões, que representam *scores* elevados, alguns muito elevados, e baixos coincidem nos dois estudos. De notar que o procedimento com *score* mais baixo, tanto na importância atribuída como na perceção de o realizarem (33%), está em



consonância com o estudo anterior. Este achado condiz com a técnica ainda hoje ensinada nas escolas superiores de Enfermagem, em que no banho é utilizada uma sequência cefalo-caudal, apoiada no princípio do mais limpo para o mais sujo, começando pela cara, que há muito os estudos demonstraram ser falso, sendo a cara, as mãos e zonas íntimas as mais sujas, diga-se que apresentam mais gérmes. Pelos resultados, podemos concluir que estes enfermeiros valorizavam e se reviam na grande maioria dos procedimentos cuidadosos descritos e consideravam que os aplicavam na sua prática quotidiana, voltando a demonstrar que os enfermeiros compreendem o sofrimento humano quando em intimidade, cuidam da pessoa dependente e vulnerável, procurando promovê-la à altura da dignidade humana (Vielva, 2002), numa relação de respeito e igualdade (Simões, 2005). Os procedimentos menos cotados, permitiram-nos perceber o peso das tradições. No entanto, as notas de observações ocasionais e da observação do investigador aquando da orientação de estudantes em estágio, nesta própria unidade, davam-nos uma outra visão, os cuidadores estavam longe de trabalhar de acordo com o MGM, faltava-lhes a técnica. Justificava-se colher dados, por observação direta, em contexto real, como tínhamos planeado. O confronto dos resultados apurados pelos dois métodos permitir-nos-ia um diagnóstico mais preciso e aos cuidadores tomarem consciência das suas formações, pela reflexão destes resultados. A par da recetividade encontrada e da capacidade mobilizadora do Enf. Coordenador, antevíamos algumas dificuldades para as reuniões de grupo, sobretudo para a intervenção formativa. Dado que uma parte dos enfermeiros trabalha em regime parcial (47,1%), exercendo a sua atividade noutros estabelecimentos de saúde, será difícil fazer os acertos necessários a que estejam totalmente disponíveis durante os quatro dias de intervenção formativa e nas reuniões no decorrer do acompanhamento.

### **Grelha de observação**

A construção do questionário permitia-nos, agora, construir uma grelha de observação sistematizada. Esta grelha consta da descrição da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de *Humanitude* (SEPOCH). Esta sequência de procedimentos assenta nas etapas propostas pelos autores, preliminares/captura sensorial, *rebouclage* sensorial e consolidação

emocional (Gineste e Pellissier, 2008) e (Gineste e Marescotti, 2009). Os procedimentos inscrevem-se nos pilares da filosofia da *humanitude*: olhar, palavra, toque, verticalidade, vestuário, tendo por base os princípios éticos e geriátricos e as regras de arte da profissão. Ficaram agrupados nas duas categorias acima referidas: aproximação sintonia (processo progressivo de construção de relação e cuidado) e consolidação pró-ação (valorizar a experiência, a pessoa e os seus progressos, assegurar compromissos na continuidade dos cuidados). Aquando da formação em França, a grelha foi analisada e validada pelos autores. Cada procedimento foi exemplificado, explicado nos seus fundamentos e observada a sua realização no terreno, sendo melhorada a descrição de alguns, como o toque. Acrescentou-se o bater à porta e/ou na barra da cama, pré-preliminar ao cuidado, que inicia a estimulação da pessoa através do órgão do sentido audição, pedindo entrada no seu espaço. Foi submetida à apreciação de um grupo de peritos portugueses e da perita internacional Margot Phaneuf. A redação final resultou da reflexão sobre todos os contributos obtidos, tendo ficado a categoria aproximação sintonia com 23 procedimentos (no questionário 24) e a consolidação pró-ação com os mesmos quatro procedimentos. A grelha permite registar a presença ou ausência de cada um dos 27 procedimentos, cuja descrição consta na própria grelha, se o procedimento não se aplicava ou não foi observado ou se foi observado o contrário do procedimento descrito e outras ocorrências que o observador considere significativas. Dado que a observação seria focada nos cuidados de higiene, a grelha continha espaço para registar o tipo de higiene realizado, o equipamento utilizado e o tempo gasto. Também dados sobre a pessoa cuidada, segundo a tipologia dos autores: homens de pé; de pé-sentados (mais de 40s de pé); sentados-de pé (menos de 40s de pé); sentados-deitados, não se mantêm sobre as suas pernas; homens deitados, não podem ser levantados (impossibilidade clínica). Portanto, permite saber e registar: quem realizou o cuidado, a quem, quando, o que foi feito, com quê, como, quanto tempo e respostas da pessoa cuidada. Evidentemente para a identificação da pessoa cuidada e do cuidador ou cuidadores usar-se-ão códigos.

A observação e a posterior intervenção foram autorizadas formalmente, tendo sido decidido realizar a observação no hospital, pelas razões já referidas.

Esta oferecia, também, a possibilidade de constituir um grupo de atores que exercem nas outras valências, visto que a distribuição nos horários era feita por escala (*roulement*), nas várias valências. Acertaram-se datas e fornecemos a grelha de observação ao Enf. Coordenador para a viabilização da observação e pelas suas diligências os atores consentiram em ser observados.

**Etapla 2 – precisar o problema no seu contexto**

Como se disse anteriormente as etapas são interdependentes e imbricadas umas nas outras, a anterior prepara a seguinte (mandato). Estavam criadas as condições de responder à questão: Em que medida as práticas efetivas dos enfermeiros desta UCCI estão conformes com a SEPCH? Esta questão implica a observação dos procedimentos práticos, focados na prestação de cuidados de higiene a pessoas vulneráveis e com perdas cognitivo-mnésicas. Dispúnhamos de uma grelha de observação sistematizada, onde os procedimentos cuidadosos *humanitude* SEPCH relativos ao MGM estão inscritos de forma sequencial. A partir dos dados colhidos, através desta grelha, foi possível comparar as práticas efetivas com as percecionadas e verificar se há desvios entre os procedimentos inscritos nela e os realizados. Mas a grelha vai mais longe, permitindo outras análises.

**Observação**

Em janeiro de 2010, e em primeiro tempo, realizaram-se 10 observações de cuidados de higiene para testagem da funcionalidade da grelha, treino de

observação e descentração da atenção dos cuidadores na situação de serem observados. Não foram sentidas dificuldades na observação nem na utilização da grelha, que embora complexa, se revelou funcional. Foi possível descentrar a atenção dos cuidadores da observação. Nas primeiras observações, observou-se o bater à porta (3 vezes), entrando e saudando, mas logo deixaram de o fazer. Atribuímos a terem tido conhecimento da grelha de observação. Em segundo tempo, foram observados 27 casos de cuidados de higiene, reservando-se o último dia para algumas filmagens, tendo-se obtido autorização para o fazer (22 a 29 janeiro, 2010). A observação parou ao sétimo dia consecutivo por saturação de dados. Cada dia de observação finalizou com a reunião dos dois observadores, confrontando os resultados das suas observações, fazendo sínteses e determinando pontos em que no dia seguinte deviam focar mais a sua atenção.

**Resultados e interpretação**

Nesta observação de diagnóstico, detetou-se 17,83% de presença dos 27 procedimentos que constam da SEPCH, com 20,77% na aproximação sintonia e 0,93% na consolidação pró-ação. Com exceção dos itens 16 (100%), 21 (100%) e 20 (85,19%), verificam-se 13 itens a 0,00% e os outros 11 abaixo dos 50%. Havia de facto um grande desvio entre o percecionado e a realização efetiva dos procedimentos cuidadosos, incluídos na SEPCH (tabela 1).

TABELA 1 – *Score* percentual obtido em cada um dos procedimentos da SEPCH

N.º	Descrição do procedimento	N= 27, Score %
Aproximação/Sintonia		
	Pré-preliminar	
1	Bate à porta (e/ou nos pés da cama), fica atento e espera a resposta.	00,00
	Preliminares	
2	Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.	37,00
3	Olha de frente nos olhos da pessoa doente (olhar axial, horizontal, longo, próximo) ...	29,63
4	Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa.	48,15
5	Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a...).	00,00
6	Diz à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, utiliza palavras positivas.	03,70
7	Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ...	00,00
8	Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...).	07,41

	<i>Rebouclage</i>	
9	Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado), sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra...	07,41
10	Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho).	07,41
11	Anuncia cada gesto que vai executar (ex: Sr. <sup>a</sup> Maria vamos lavar a sua mão direita, ...).	00,00
12	Pede à pessoa doente que inicie os movimentos, dando reforços positivos (ex: Sr. <sup>a</sup> Maria levante o seu braço direito (...). Muito bem!).	00,00
13	Executa os gestos com movimentos muito suaves, gestos amplos...	00,00
14	Descreve pormenorizadamente os gestos que executa (ex: S <sup>a</sup> Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...).	00,00
15	Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito...	00,00
16	Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.	100,00
17	Retoma com frequência o nome da pessoa doente (quem não tem nome não existe).	40,74
18	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.	03,70
19	Responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando o doente não tem capacidade de resposta verbal (auto- <i>feedback</i> ).	00,00
20	Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé).	85,19
21	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.	100,00
22	Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.	00,00
23	Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção).	07,41
	Consolidação/Pró-ação	
	Consolidação emocional	
24	Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado.	00,00
25	Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido.	03,70
	Pró-ação	
26	Diz à pessoa doente que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados.	00,00
27	Agradece à pessoa doente aquele momento de relação no cuidado e despede-se.	00,00
	Score global	17,83

Os cuidados de higiene demoraram entre 17 e 35 minutos, média 27,85 minutos e ocorreram maioritariamente no leito. Desde as primeiras 10 observações alguns aspetos, reveladores da cultura

institucional e de cuidados, chamaram a nossa atenção. Estas primeiras impressões foram sendo consolidadas ao longo das 27 observações (tabela 2).

TABELA 2 – Demora média por tipo de cuidado de higiene

Tipo de cuidado	Nº	%	Tempo médio (minutos)
Tradicional banho na cama	16	59,26	27,81
Chuveiro em cadeira sanitária	8	29,63	26,88
Chuveiro em maca-duche	3	11,11	30,67
Totais	27	100,00	27,85

O espaço aberto para as notas dos observadores revelou-se de capital importância, produzindo uma grande quantidade de dados de natureza qualitativa. Ao chegarmos, os carros de apoio aos cuidados tinham ficado do turno da noite muito bem preparados. Enquanto os enfermeiros procediam à

passagem de turno, os AO partiam para os cuidados de higiene sem orientações precisas sobre o tipo de higiene, capacidades restantes a estimular e outras particularidades que personalizassem aquele cuidado, orientações que deviam decorrer do diagnóstico de enfermagem. A distribuição de cuidados de higiene



por enfermeiros e AO não nos pareceu obedecer a uma lógica de menor ou maior grau de dependência ou necessidade de estimulação das capacidades físicas e cognitivo-mnésicas da pessoa cuidada. Tanto se observava um doente acamado, em limbo geriátrico, fechado sobre si mesmo, rígido, com contraturas ou agitado, a ser cuidado por um/a AO como por um/a enfermeiro/a. Os cuidados de higiene a pessoas ditas acamadas (algumas tinham capacidade para se pôr de pé ou mesmo andar) foram na maior parte realizados no leito, o tradicional banho na cama, numa sequência cefalo-caudal, utilizando uma taça. Esta sequência foi utilizada nos 27 cuidados de higiene observados. Havia só duas macas-duche para as quatro valências. Estas para entrarem na casa de banho exigiam algumas manobras, o que não predispunha à sua utilização, daí que só fossem utilizadas em três casos. No hospital, não havia nenhuma cadeira sanitária. Quando possível, serviam-se da cadeira de uma residente. Na UCCI existiam dois verticalizadores, que não foram utilizados durante as observações. O olhar dos cuidadores não era de acordo com o MGM, isto é, axial, horizontal, longo, próximo. Os cuidadores chegavam, abeiravam-se da pessoa, começavam de imediato a executar o cuidado ou diziam ao que vinham sem esperar resposta olhando para baixo, para o que estavam a executar. Os seus olhares não encontravam os olhos da pessoa que cuidavam.

A palavra também não estava profissionalizada. Não se apresentavam, se diziam ao que vinham não era no sentido de obter o seu consentimento, avançavam sem esperar qualquer resposta. Utilizavam linguagem familiar, com muitos diminutivos, tanto em relação ao nome, como aos atos e objetos, mas sempre num tom amigável. Considera-se pertinente enumerar alguns achados (nomes e títulos fictícios):

Em nenhuma das 27 observações foi expresso o pedido de consentimento e esperada a resposta, assim como na consolidação só houve uma expressão «A Senhora até deu uma ajudadinha, foi muito importante». Notou-se uma clara diferença no uso da palavra, nos três tipos de higiene.

- Banhos na cama. Nos 16 banhos, em 5 a pessoa foi saudada (o cuidado decorre em 2 casos com uma linguagem familiar, muitos “inhos); em 6 a primeira palavra foi dirigida à pessoa entre 5 a 30 minutos. Destas, duas só lhe foi dirigida a palavra duas vezes: 1) aos 9 e 16 minutos (O4). 2) aos 13 e 19 minutos (O5). Em 4 a pessoa não recebeu qualquer palavra,

uma foi-lhe dirigida a palavra quando, ao iniciar o cuidado, sem o anunciar, ela reagiu (O24).

- Em três casos, em que o cuidado foi realizado por dois cuidadores, verificaram-se conversas entre os dois, deixando o doente à margem (O4, O5 e O24, acima). As palavras dirigidas às pessoas foram sobretudo em relação às mobilizações no leito. Linguagem instrumental.

- Cadeira sanitária. Saudação nos 8 casos, ou seja em todos. Embora o cuidado e os gestos não fossem anunciados nem descritos, em todos houve muitas falas dos cuidadores sobre a temperatura da água, se estava boa, a seu gosto, quentinha etc., a pedir ajuda nas mobilizações, muitos diminutivos. Mas também foi aqui que houve duas recusas (O7 e O8, ver abaixo).

- Maca-duche. Nos três casos, só num a pessoa foi saudada. As primeiras falas foram para pedir-lhes ajuda na transferência para a maca. Só num caso foi informado do cuidado, já na maca e a caminho da casa de banho «Vamos tomar banhinho».

- Notou-se resposta negativa a abordagens de surpresa, a gestos invasivos, oferecendo resistência ou oposição expressa, por exemplo: iniciou o banho sem o anunciar, notam-se sinais de agitação, a cuidadora diz «não esteja nervosa, só vou dar banhinho» (O10); lavagem da boca, sem ser anunciada, a pessoa mostra sinais de oposição (2 casos). 1) «...deixe lavar, vai ficar mais fresquinha» (O24). 2) ao lavar a boca com compressas, o procedimento ocorre em oposição (O17); expressa que não quer o creme e a cuidadora responde «Rosinha, tem que ser meu amor» (O7); começa a calçar as meias, sem anunciar, a pessoa recusa (O8).

- Há sinais de procura da relação por parte da pessoa cuidada «A pessoa procura o olhar do cuidador, não o encontra». Talvez por se aperceber desta procura, o cuidador pegou-lhe na mão, olhou-a (de cima para baixo), falou-lhe e a pessoa sorriu». «Há pouco tempo para dar atenção», disse, justificando-se. O cuidado demorou 30 minutos (O2).

- O banho é realizado por dois cuidadores, falam entre si. Um dos cuidadores, trinta minutos depois do seu início, fala a primeira vez à pessoa, com olhar axial, horizontal e palavra amigável, a pessoa olha atentamente o cuidador. «Não se faz mais vezes isto, porque não há tempo», disse justificando-se. O cuidado demorou 35 minutos (O4).

- Há sinais de reação ao cuidado de higiene deitado (2 casos). 1) a doente deitada no leito quer levantar-

se, recebe então a primeira fala da cuidadora (aos 11 min.) «Joanhinha deixe-se estar deitadinha». 2) a pessoa queria sentar-se na maca-duche, o cuidador não deixou, justificando com medo de queda.

- Verificou-se não existir uma filosofia de como tratar a pessoa: pelo nome próprio, antecedido de Senhor ou Senhora ou como era habitualmente tratado no seu meio social. A mesma pessoa, com perdas cognitivas profundas, era tratada umas vezes por Sr. Doutor e outras por Senhor António (nome e título fictício).

- Também se notou não haver a regra de não-interrupção do cuidado. Verificaram-se várias interrupções para atender o telefone e outros. Num dos banhos houve duas interrupções.

- O toque, não se inicia, nem termina conforme o preceituado. Não é mantido durante o cuidado. O toque ternura preconizado pelos autores, embora até houvesse uma “festinha” (no rosto), necessita de ser profissionalizado. Verificou-se a utilização de mão em garra e preensão com os dedos em pinça nas mobilizações, nos levantes e na ajuda nas deambulações, exceto em dois dos 27 casos. Estes atos eram executados em força, com posturas ergonómicas incorretas e de risco para os cuidadores e pessoa cuidada, como o apoio na região cervical, o puxar pelas axilas. Na execução do banho, de modo geral, gestos amplos, mas duros.

- Não se observaram sorrisos durante o cuidado, parece que a preocupação era a execução do cuidado. Porque fora do cuidado existiram sorrisos.

- Não-utilização e reforço das capacidades restantes e da estimulação das forças de vida das pessoas cuidadas. Vimos uma senhora a ser lavada vários dias na cama, a defender-se na higiene das partes íntimas, em que os cuidadores se referiram «a possível violação», tal como num dos filmes pedagógicos, em que Gineste alerta para gestos dos cuidadores que fazem deles “violadores”, neste tipo de doentes. Nos finais da nossa observação vimos esta senhora a andar no corredor ajudada pela neta.

- Uso contínuo de luvas, mesmo para a massagem, que resultava num espalhar de creme.

- No chuveiro a saída da água não era suavizada com a utilização de manípulo na cabeça do chuveiro.

- Durante o banho não se observava a preocupação de cobrir o corpo e houve até doentes que verbalizaram ter frio. Foi justificado por ser mais prático e também por não estar frio.

- Porém, verificou-se que os cuidadores têm um trato

cortês, meigo, não faltando até um beijo na face, e uma elevada preocupação com a boa apresentação física (uma senhora foi maquilhada).

- Preocupam-se com levantamento do segmento torácico da cama e para o cadeirão, mas não se verificou o esforço de colocar a pessoa a suportar o peso do corpo sobre os seus pés.

- Mostravam-se muito cuidadosos com a secagem de pregas cutâneas e espaços interdigitais, muito atentos ao conforto dos doentes e às suas necessidades, segundo os seus referenciais.

- Grande preocupação com a hidratação e de que não saíssem para consultas ou fisioterapia sem terem tomado o pequeno-almoço.

Consideramos que enfermeiros/as e AO constituíam um grupo de pessoas muitíssimo generosas e disponíveis, faltava-lhes a formação técnica para cuidarem em *humanidade*. No final da observação foi entregue ao Enf. Coordenador um relatório com gráficos comparativos dos resultados apurados (questionário e observação) além dos principais achados qualitativos e proposta de equipamento a adquirir.

## Discussão dos resultados

Os desvios encontrados são coincidentes com os achados dos autores: as abordagens-surpresa; a pobreza de palavras e de olhares; as conversas de dois cuidadores entre si, deixando a pessoa doente de fora; a não-consolidação; o toque inadequado; a não-verticalidade; as pessoas com demência que receberam os tradicionais banhos no leito, receberam também menos palavras, e os olhares não foram ao encontro dos seus. No primeiro estudo que os autores realizaram (1982-1984) a média de tempo de palavras nas 24 horas, que os doentes deste tipo receberam, foi de 120s, (equiv. a 10 palavras). Dez anos depois, Mias e Décourt (1993) apresentam resultados de estudos em que esta média é de 118s. Em 2004 Gineste e Marescotti, o estudo de Océane, para obtenção diploma universitário, vem confirmar estes resultados (Gineste e Pélissier, 2008). A razão está no sistema de comunicação humana que é retroalimentado pelo *feedback*. Quando este sistema não é retroalimentado por uma comunicação interativa, morre. Então criaram o *auto-feedback*, em que a retroalimentação é feita pela comunicação

não-verbal da pessoa doente, detetando informações muito subtis, por meio de uma percepção muito fina do cuidador e é ele próprio que alimenta o sistema, através de uma mensagem descritiva. A prova é que quando a pessoa comunica, o resultado é diferente, como também constatamos. Também é difícil não ter intervenções verbais desastrosas, quando não se aprendeu a ir ao encontro da pessoa aonde ela está no seu mergulho retrógrado. O cuidador está no presente e a pessoa no passado, 20, 30, 50 anos antes. Não há encontro possível e os não que recebe vão fechá-la à comunicação. Um outro aspeto, e que neste estudo também se verificou, é uma certa formatação profissional de concentração na execução do procedimento. A consolidação emocional em doentes com Alzheimer ou outros Síndromas Cognitivo-mnésicos (SCM) é da máxima importância, visto que valorizar o encontro, com palavras positivas e gestos de ternura deixam um *Priming* em memória emocional.

O bater à porta, aberta ou fechada, e/ou na barra da cama, como regra de cidadania, baseada no direito à privacidade e ao domicílio e primeira estimulação em doentes com SCM, os cuidadores e os próprios familiares não acreditavam que tivesse qualquer efeito. O estudo realizado em Corrêze, num estabelecimento de longa duração em 1998, revelou que 40% responderam ao bater, com uma demora média de resposta de 20s. Um mês depois de o continuarem a utilizar repetiram o estudo e a demora média de resposta desceu para 3s (Gineste e Pelissier, 2008). A verticalidade é um importante pilar da *humanitude*, podemos destruir irremediavelmente a *humanitude* de uma pessoa deixando-a acamada. Para os autores estar as 24h do dia acamada, ou 12h na cama e 12h no cadeirão, produz síndromas de imobilismo, com repercussões desastrosas a nível dos nossos sistemas vitais. Deixada nesta estabilidade de posição a pessoa vai perdendo progressivamente o esquema corporal e a inteligência sensório-motora, afetando mesmo a inteligência conceptual. É do conhecimento geral que uma pessoa acamada perde por semana 10 a 15% da sua força muscular, e num idoso de 80 anos acamado pode ir aos 40%, tornando-se definitivamente acamado em menos tempo. Daí que os autores afirmarem que quem faz os dependentes (acamados, rígidos, com úlceras de pressão...) são as instituições e os próprios cuidadores, produzindo uma invalidez iatrogénica. Em 1982 criam o conceito

de «Viver e morrer de pé». Grumbach (1988) afirma que a síndrome de imobilização é o opróbrio da medicina. Gineste, Marescotti e Mias (1996) afirmam que a geriatria é uma medicina de pé, o cuidado gerontológico é tanto quanto possível um cuidado de pé. A longa experiência de Gineste e Marescotti, permite-lhes afirmar que bastam 20 minutos por dia sobre as suas pernas para que um idoso não se torne um acamado, com as consequências bem conhecidas. Criaram, em 1993 *Les PAM*, Programas de Atividade Mínima que transformam os gestos dos cuidadores em ações de reabilitação orientadas, valorizando os procedimentos durante as *toilettes* e outros. Advogam a utilização do verticalizador como ajuda preciosa para a verticalização, para um cuidado de pé. Na unidade deste estudo havia 2 verticalizadores que não vimos utilizar, no entanto a maioria dos banhos foram realizados no leito.

O toque que observámos era duro, as mobilizações em força, a mão era utilizada em garra e o puxar em pinça. Tudo isto desperta sensações punitivas, e é contrário a um toque suave, carinhoso (toque ternura) e mobilizações suaves, que despertam sensações de ternura, e se comunica de forma não-verbal com o corpo para despertar as suas forças de vida. Os cuidadores necessitam de pelo menos um ano de treino e correções diárias para o conseguir (Gineste e Pelissier, 2008). O tempo médio dos cuidados de higiene por nós detetado é superior aos 20m detetado pelos autores (Gineste e Pelissier, 2008). Estes resultados não são generalizáveis, mas estamos convictos que noutros contextos se obteriam resultados idênticos. Neste momento, noutras experiências obtiveram-se resultados idênticos.

## Diagnóstico da situação

A UCCI oferece as condições para a concretização deste projeto. Como condições favoráveis temos a recetividade e abertura dos seus dirigentes, o podermos contar com a capacidade dinamizadora do Enf. Coordenador, que desde o primeiro momento se constituiu interlocutor privilegiado, entre nós, dirigentes e atores; está bem equipada, à parte a necessidade de aquisição de cadeiras de banho e pelo menos uma maca-duche; a sua localização e acessibilidade constituem uma mais-valia. Os residentes/pessoas doentes do hospital

preenchem os critérios de seleção para a prestação de cuidados. Os contactos que fomos fazendo com os cuidadores revelaram-nos a sua vontade de mudança e a sua adesão ao MGM, no qual reveem os valores profissionais que perfilham. Os resultados da observação sistematizada permitiram-nos identificar onde as suas práticas se afastavam do MGM e os procedimentos mais arreigados em tradições, algumas assentam em falsos princípios que, passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar, em que será necessária maior intervenção, exigindo explicações alicerçadas em princípios científicos de várias áreas do saber. Os Pilares da *humanitude* olhar, palavra, toque, verticalidade, utilizados tecnicamente na relação de cuidados podem parecer palavras que exprimem gestos naturais e que não necessitam de aprendizagem, no entanto exigem fundamentação para se ter consciência que não são inócuos. Pois, quando mal utilizados podem destruir a *humanitude*, despertar uma reação de CAP e recusa ao cuidado. Urge mudar o paradigma de banho no leito, com uma taça com água e gel, para um cuidado de pé, utilizando água corrente, passando do lavar para um cuidado especializado com imensas possibilidades de estimulação e reabilitação. As sequências das *toilettes* que fazem parte do MGM opõem-se ao tradicional banho na cama numa única sequência cefalo-caudal conforme observámos e nos foi justificada por ser da norma. O auto-*feedback*, o mergulho retrógrado, a estimulação e utilização das capacidades restantes e forças de vida da pessoa, o pedir o consentimento e esperar autorização, o anunciar e descrever os gestos, e a compreensão do seu impacto positivo e de destruição quando não forem respeitados. Esta é uma reflexão ética a fazer juntamente com o respeito pela regra da não-interrupção do cuidado, assim como a forma como a pessoa doente é tratada, para não agredir a sua identidade. O cuidado de higiene, nas suas particularidades, para que resulte num cuidado personalizado, terá que ser prescrito e decorrer do diagnóstico de enfermagem. Há também a questão dos formadores, visto que é uma IAA que trata de uma formação na ação. Sendo nós próprios que desempenhámos esse papel, contámos com material de apoio que nos facilitou a tarefa. Ficámos bem cientes da situação existente, mas também de que não era possível abarcar tudo ao mesmo tempo. Impôs-se realizar com os cuidadores e dirigentes

uma reflexão séria sobre os resultados das nossas observações, para que em conjunto se identificasse o problema, se negociassem objetivos realizáveis, bem como as estratégias e ações a pôr em prática. Dado que por razões alheias à nossa vontade a reunião com os cuidadores teve que ser acoplada à intervenção formativa, este assunto fará parte da próxima etapa.

## Conclusão

A descrição, algo pormenorizada, permitirá compreender o percurso efetuado, o ir e vir, num processo flexível, ajustando-se às dinâmicas do terreno. O real não é estático. Também se deixa perceber a importância de parceiros privilegiados, sobretudo numa IAA, em que o investigador não pertence à instituição. A necessidade de mudança não brotou de dentro para fora, mas é criada por um agente externo. Fez-se o possível para que o projeto do investigador se transformasse no “nosso projeto”, o que obrigou a contactos e negociações a vários níveis.

Os resultados obtidos por questionário e observação, por um lado evidenciam uma grande aceitação e valoração dos procedimentos cuidados *humanitude*, o que não surpreende, pois eles inscrevem-se numa lógica de boas práticas e em princípios fundamentais da Enfermagem, como disciplina e profissão, muito caros aos enfermeiros. Por outro lado verificaram-se grandes desvios entre a prática percebida e a efetiva. Há também a marca de uma cultura de cuidados, uma formação, assente em princípios que não se ajustam aos conhecimentos e necessidades do nosso tempo. Estamos muito distantes, quer em conhecimentos científicos, quer em necessidades sociais da época em que algumas técnicas foram concebidas.

## Implicações

Os resultados mostram um enorme campo de possibilidades de investigação e urge fazê-la. As escolas superiores de enfermagem têm nestes resultados um grande campo de reflexões a fazer. É urgente que as escolas façam Escola. Há princípios que os estudantes têm que integrar nos quatro anos de curso, caso contrário será difícil assumi-los na sua vida profissional. Em relação aos enfermeiros e às suas práticas e estruturas profissionais que os representam é tempo de definirem com clareza o que querem ser. Se querem agarrar-se ao seu papel

próprio e não deixar fugir do seu âmbito de ação privilegiada os cuidados de intimidade, o estar próximo, muito próximo do Homem “caído”, em situação de fragilidade, reinventando e inventando novas formas de cuidar adaptadas ao nosso tempo ou querem ir por outro caminho. É tempo de valorizar e defender aquilo que nos diferencia de outros técnicos, senão poderemos vir a ser submersos por uma miríade de outros profissionais. É possível que não se revejam nestes resultados, que reajam mesmo a eles. Seria interessante envolverem-se em estudos de observação das suas práticas.

## Referências bibliográficas

- COSTA, M. (2006) – Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. 2ª ed. Lisboa: Formasau.
- DOLBEC, André (2003) – Investigação-acção. In GAUTHIER, B. - *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência. p. 443-512.
- GINESTE, Y.; MARESCOTTI, R. (2009) – La capture sensorielle dans la méthodologie de soin Gineste-Marescotti: éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles. *Revue de Gériatrie et de Gérontologie*. Tome 16, nº 158, p. 418-420.
- GINESTE, Y.; PELLISSIER, J. (2008) - *Humanitude, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora.
- GINESTE, Yves; MARESCOTTI, Rosette; MIAS, Lucien (1996) - Pour le grand âge, une médecine debout. *Le Généraliste et la Gérontologie*. Nº 24, p. 22-29.
- GRUMBACH, Raymond (1988) - *Gériatrie pratique*. Paris: Doin Editions.
- IMAGINÁRIO, C. (2004) – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- JACQUARD, Albert (1986) – *L'héritage de la liberté: de l'animalité à l'humanitude*. Paris: Éditions Seuil.
- LAVOIE, L.; MARQUIS, D.; LAURIN, P. (1996) - *La recherche-action: théorie et pratique: manuel d'autoformation*. Canada: Presses de l'Université du Québec.
- LIU, Michel (1991) - Définition, déroulement et résultats d'une recherche-action. *Recherche en Soins Infirmiers*. Nº 25.
- MIAS, Lucien; DECOURT, Élisabeth (1993) - *Pour un art de vivre en long séjour*. Ed. Bayard.
- PHANEUF, Margot (2007) - *Le concept d'humanitude: une application aux soins infirmiers généraux* [Em linha]. [Consult. 12 Feb 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/phaneuf.pdf>>.
- RAPPO, Isabelle (2007) - *Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions?* Geneva: Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale.
- SEQUEIRA, C. (2007) – Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto.
- SICARD, N. (2009) – La méthodologie de soins Gineste-Marescotti: le point sur la recherche. *Revue de Gériatrie et de Gérontologie*. Tome 16, nº 158, p. 418-420.
- SIMÕES, M. M. M. (2005) - *Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. Braga: Faculdade de Filosofia. Dissertação de mestrado.
- SIMÕES, M. M. M.; RODRIGUES, M.; SALGUEIRO, N. (2008) – O significado da filosofia da humanitude, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Referência*. Série 2, nº 7, p. 97-105.
- SIMÕES, M. M. M.; RODRIGUES, M.; SALGUEIRO, N. (2011a) – Humanitude, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*. Nº 14. p. 213-225.
- SIMÕES, M. M. M.; RODRIGUES, M.; SALGUEIRO, N. (2011b) – Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanitude Gineste - Marescotti<sup>®</sup>. *Referência*. Série 3, nº 4, p. 69-79.
- VIEIRA, J. A. (2002) - *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé De Brouwer.

